O WRZODACH
PRZEWODU POKARMOWEGO

skutkiem

zatoru powstających

(Ulcera tractus intestinalis ex embolia)

napisał

DR. STANISŁAW PAREŃSKI

Docent dyagnostyki lekarskiéj, Zastępca profesora kliniki chor. wewn. Uniw. Jagiell.

(Z pracowni patologiczno-anatomicznéj Uniw. Jagiell.).

KRAKÓW

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Konstantego Mańkowskiego.

1872.

Jego Ekscelencji

baronowi doktorowi Janowi

Schindlerowi

prezesowi b. Rzeczypospolitej krakow

J. WWmu Panu i Dobrodziejowi

w dowód

szacunku i poważania

autor

O WRZODACH
PRZEWODU POKARMOWEGO

skutkiem

zatoru powstających

(Ulcera tractus intestinalis ex embolia)

napisał

DR. STANISŁAW PAREŃSKI

Docent dyagnostyki lekarskiéj, Zastępca profesora kliniki chor. wewn. Uniw. Jagiell.

(Z pracowni patologiczno-anatomicznéj Uniw. Jagiell.).

KRAKÓW

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Konstantego Mańkowskiego.
1872.

Nakładem Autora.

Chociaż zmiany patologiczno-anatomiczne jelit należą do dokładniéj już wybadanych i wytłumaczonych, to przecież zdarzają się przypadki chorobowe tychże, które nie dadzą się w żaden sposób odnieść do zwyczajnie przyjętych sposobów powstawania, i czy to dostrzegane wkrótce po powstaniu, czy téż badane w okresie późniejszym a więc już po wywołaniu zmian następowych odrębny przedstawiają obraz.

Nie mając bynajmniej zamiaru rozwodzić się obecnie o wszystkich tego rodzaju zmianach, nadmienić muszę szczegółowo, że oprócz ogólnie przyjętych rodzajów wrzodów [1]) mianowicie: nieżytowych, mieszkowych (foli-

---

[1]) Rokitansky. Handbuch der pathol. Anat. tom III, str. 234.

kularnych), błonicowych, durzycowych, wrzodu okrągłego dwunastnicy, owrzodzeń po zropieniu tkanki podśluzowéj, gruźliczych, ospowych [1]), kiłowych [2]) i [3]) owrzodzeń po oddzieleniu się nowotworów, po rozległych oparzeniach skóry [4]), nadto przedziurawień z przyczyny przeropienia od zewnątrz powstałych — znajdują się już to wrzody już to obok nich blizny, których ani ze stanu anatomicznego, ani z innych towarzyszących objawów nie można zaliczyć do żadnéj wyżéj wymienionéj kategoryi.

Przypadki odpowiednie, które właśnie swoją odrębnością zwróciły na siebie uwagę, były następujące:

I.

Residua endo- et pericarditidis. — Cystides apoplecticae periphericae lobi inferioris haemispherae dextrae cerebri. — Ulcera et cicatrices jejuni subsequente adhaesione jejuni cum ileo et strictura jejuni. — Enterotomia facta. — Peritonitis universalis suppurativa.

Jan Pachoł, wieśniak, lat 45 liczący, przebył w 29 roku życia jakąś ciężką chorobę, któréj jednak dokładnie opisać nie umiał, w kilka lat późniéj zimnicę. Dnia 11 października 1868 r. zapadł po bardzo silnym dreszczu w chorobę gorączkową, z bólem głowy i bardzo znaczném rozwolnieniem połączoną, z objawów do durzycy podobną. W pierwszej połowie listopada t. r. chory zaczął powracać do

---

1) Foerster. Handb. d. speciell. pathol. Anat. 83.

2) Klebs. Handb. d. path. Anat. II. Liefrg 261.

3) Biesiadecki. Poszukiwania dokonane w zakładzie patol. itd. str. 35 z r. 1870.

4) Curling. Med.-chir. transact. T. XXV. On the ulcerations of the duodenum after burns.

zdrowia, lecz nierozważne zboczenie w dyecie wywołało tak uporczywe zatrzymanie stolca, że przeróżne środki lekarskie okazały się bezskntecznemi. Chory doznawał w brzuchu silnego morzyska (*colica*), słabł z każdym dniem, a po ośmiodniowém zatrzymaniu stolca przybył dnia 24 listopada do zakładu klinicznego, gdzie okazał stan następujący:

Indywiduum wzrostu miernego, wynędzniałe, twarz zapadła, szyja długa, cienka. Klatka piersiowa wązka; badanie przedmiotowe płuc i serca nie wykazuje nic nieprawidłowego. Tętno 68, ciepłota 37° C.

Brzuch jest zapadły, okazuje powierzchnię nierówną, gdyż widać na niéj cztery wzgórki po nad sobą położone, które od czasu do czasu podczas napadu morzyska występują wyraźniej i zmieniają położenie, przyczém słychać w brzuchu kruczenie i przelewanie się płynów. Brzuch miękko sprężysty, twardnieje podczas napadu bólu, który pojawia się w krótkich odstępach. Mimo starannego badania nie można wykryć w brzuchu żadnego obrzęku, przepukliny zewnętrznéj nie ma, równiez nie napotyka się w jelicie odchodowém żadnéj nieprawidłowości.

Uwzględniając uporczywe zaparcie stolca i bóle w brzuchu okresowo się pojawiające, rozpoznano:

„*Stenosis tractus intestinalis*“

nie mogąc bliżéj określić przyczyny tego zwężenia. Użycie środków rozwalniających stolce i lewatyw nie było w stanie usunąć zatrzymania kału. Gdy później pomimo używania makowca nastały wymioty kałem, a chory coraz więcej słabł, wykonał ś. p. prof. Gilewski dnia 28 listopada przecięcie kiszki po stronie prawéj brzucha w wysokości kolca górnego przedniego kości biodrowéj prawéj, poczem jednak stan nie wiele się odmienił, a po przyłączeniu się zapalenia otrzewnéj całkowitego chory zmarł dnia 30 listopada 1868.

Sekcya wykonana przez prof. Dra Biesiadeckiego wykazała: w mózgu w dolnéj części płatu średniego półkuli prawéj kilka torbieli wielkości grochu, aż do wielkości orzecha laskowego, których dolną ścianę stanowią opony mózgowe miękkie, górną zaś istota mózgowa biała, żółto-brunatnym barwikiem zabarwiona, a treść składa się z płynu mlecznego, gęstawego.

Nad końcem serca osierdzie zgrubiałe do grubości jednéj linii; serce samo miernie skurczone, mięśnie jego żółtawo-brunatne, śródsierdzie komórki lewéj nad beleczkami mięsnemi zgrubiałe, białawe. Szczyt mięśni brodawkowatych w bliznę przeistoczony.

W jamie otrzewnéj, szczególnie w miednicy małéj, kilka uncyj żółtawéj ropy. Zwoje kiszek po większéj części za pomocą zbitéj, ropiastéj istoty ze sobą lekko spojone z wyjątkiem czterech zwojów w górnéj części jelita biodrowego *(ileum)*, które są zapomocą zbitéj, szarawo-czarnéj tkanki łącznéj mocno ze sobą zrośnięte. Odpowiednio do tego zrośnięcia ostatnia część jelita czczego *(jejunum)* tak zwężona, że zaledwie odpowiada grubości małego palca, gdy nad tém zwężeniem jelita więcej jak w dwójnasób są rozszerzone. Większa część jelita biodrowego do jamy Douglasa wciągnięta i tamże do ściany miednicy małéj lekko przyczepiona i wyżéj wzmiankowaną częścią zwojów jelita czczego ugnieciona. Ściana przednia jelita czczego mniéj więcéj jednę stopę nad jelitem biodrowém do przerzeczonéj rany ściany brzusznéj przyszyta i w długości jednego cala przecięta. Ściany dwunastnicy i jelita czczego zgrubiałe z powodu przerostu warstwy mięśniowéj i błony śluzowéj; fałdy téjże zbite dają się zaledwie z trudnością rozpostrzeć.

W dolnéj części jelita czczego znajdują się w błonie śluzowéj cztéry grube blizny po wrzodach. postaci półksiężycowatéj w środku wklęsłe, na brze-

gach nieco wystające i ku środkowi łagodnie się zagłębiające, obficie czarnym barwikiem zabarwione; otrzewna w ich okolicy wybuja w nitki tkanki łącznéj, a ściana jelita w tych miejscach zgrubiała.

Odpowiednio do ostatniéj blizny, postać wrzodu dokładnie przypominającéj, w jelicie czczém są wyżéj wzmiankowane zwoje kiszek za pomocą twardéj tkanki łącznéj zrośnięte. Zagłębienie w bliznie w formie pierścienia otaczającéj światło jelita sięga po największéj części i do warstwy mięsnéj, która w niektórych miejscach jest poprzedziurawianą; blizna łącząca te zwoje rozpada się na tych miejscach w żółtawą, nekrotyczną masę.

Błona śluzowa jelita biodrowego blada, śluzem gęstym, białawym pokryta; kępki Peyera i gruczoły odosobnione bardzo mało widoczne, a w jamie jelita czczego i dwunastnicy znajduje się płynna, żółto zabarwiona treść.

Gruczoły krézkowe nieco powiększone.

Najwybitniejsze przypadłości widzimy więc w przewodzie pokarmowym a mianowicie w jelicie czczém. Polegają one na wytworzeniu się wrzodów kilku, zabliźniających się tak, że w ich dnie i brzegach pozostał złożony barwik czarny, że nadto blizny wszystkie przedstawiały nowo wytworzoną tkankę łączną w dość znacznéj ilości, i że zabliznienie się zupełne jednego z nich przy kurczeniu się blizny było przyczyną zwężenia światła jelita.

Zastanawiając się dokładnie nad zmianami w tym przypadku spostrzeżonemi, nasuwa się pytanie, do jakichby przyczyn odnieść wypadało wytworzenie się tych

wrzodów z ich następstwami, jak również w jakiby one związek dały się wprowadzić z przebytą chorobą i ze stanem innych narządów przy oględzinach zwłok wykazanym.

Nie widząc w tych zmianach sprawy świeżéj, ale prawie skończoną, bo już blizny po wrzodach powstałe, nie wiele zmian możemy przytoczyć, któreby w przewodzie pokarmowym mogły wywołać owrzodzenia zdolne do zagojenia się. Takiemi zmianami może być albo dysenterya albo zapalenie kiszek mieszkowe (*enteritis follicularis)*, albo durzyca.

Przeciwko pierwszéj z nich tj. dysenteryi przemawia samo usadowienie się wrzodów w jelicie czczém a nawet z wszelką pewnością ją wyklucza, albowiem ona zajmuje jedynie tylko kiszkę grubą i najznaczniejsze zmiany wywołuje w jéj dolnéj części, podczas gdy w opisanym wypadku kiszki grube nie przedstawiają żadnych odpowiednich zmian.

Przeciwko drugiéj tj. zapaleniu mieszkowemu jelit *(enteritis follicularis)*, które wprawdzie uchodzi za odmianę dysenteryi, przemawia również miejscowość zmian. Wprawdzie w niektórych przypadkach szerzy się ono i na jelito cienkie, ale tak tu jak i w kiszce grubéj zajmuje tylko gruczoły odosobnione, a późniéj dopiero szerzy się na błonę śluzową i gojąc się wywołać może zwężenie jelita. W naszym przypadku gruczoły odosobnione i kępki Peyera w całym przewodzie pokarmowym nic nie przedstawiały nieprawidłowego, a na błonie śluzowéj oprócz wybitnych zmian w obrębie blizn i w miejscu zwężenia nie znaleźliśmy żadnych śladów przebytego cierpienia.

Pozostałaby nam jeszcze do wykluczenia durzyca. Wprawdzie podania chorego co do objawów choroby były bardzo niedokładne i wspominały tylko, że choroba przebiegała z gorączką i rozwolnieniem i nadzwyczaj pod

tym względem zbliżać się miała do durzycy — mimo to jednak obraz pośmiertny zmian chorobowych w jelitach pozwala na jak najkategoryczniejsze jéj wykluczenie, albowiem:

blizny po wrzodach powstałe znajdują się w jelicie czczém, a nie biodrowém, gdzie zmiany durzycowe zawsze do najwyższego rozwijają się stopnia;

blizny te nie zostają w żadnym związku ani z kępkami Peyera, ani z gruczołami odosobnionemi, co przecież jest koniecznym i charakterystycznym objawem durzycy;

postać ich półksiężycowata i pierścieniowo otaczająca jelito, znaczna ilość nowo wytworzonéj tkanki łącznéj, przy braku blizn na reszcie kępek Peyera i przy zupełnie prawidłowym ich stanie w jelicie biodrowém, nie należy do własności wrzodów durzycowych;

zwężenie światła jelita czczego z powodu kurczenia się tkanki łącznéj w bliźnie nie tylko na ścianę jelita, ale i na część krézki się rozciągającéj, nie bywa następstwem wrzodów durzycowych.

Jeżeli zatem w całym zbiorze zmian anatomicznych one, ani pojedynczo, ani razem wzięte, nie wykazują żadnego związku ze sprawami chorobowemi wyżéj wymienionemi, a przeważnie z durzycą, a nadto żadna z innych kategoryj wrzodów niczem nie odpowiada obrazowi chorobowemu; konieczném było przypuścić jakąś odmienną przyczynę ich powstania, dotąd jako taką nieznaną, a mianowicie zator tętnic w ścianach jelita z wytworzeniem się nadzianek krwawych, obumarciem w tych miejscach błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj i rozwinięciem się wokoło tegoż zapalenia z wytworzeniem obfitéj tkanki łącznéj.

Przypuszczenie to, że przyczyną właśnie zmian w obecnym przypadku był zator tętnic, nie jest tylko teoretycznie wywiedzionem, ale ma swoją podstawę

w stanie anatomicznym narządów pojedynczych podczas oględzin pośmiertnych wykazanym. Te zmiany dopiero zestawione razem, z uwzględnieniem przebiegu choroby (jakkolwiek dość niedokładnie podanym) nadają temu twierdzeniu cechę największéj pewności.

Przy oględzinach znaleźliśmy ślady wybitne w śródsierdziu komórki lewéj i w jéj mięśniach brodawkowych. Śródsierdzie było zgrubiałe i w białawą, dość grubą, połyskującą błonę zamienione, mięśnie brodawkowe w szczycie w bliznę przeobrażone. Objawy te świadczą same przez się o przebytém zapaleniu śródsierdzia usadowioném jedynie na ścianach komórki i na mięśniach brodawkowych a nie na zastawkach. Są one dowodem, że za życia zapalenie nie było w stanie wywołać żadnych przypadków fizycznie wykazać się dających, a przebiegiem swym zbliżać się bardzo łatwo mogło do durzycy i dla tego téż za taką było uważane.

Jednak prócz zmian w samém śródsierdziu mamy inne wybitne zmiany chorobowe w miąższu mózgu. W dolnéj bowiem części płatu średniego półkuli prawéj znajduje się kilka małych torbieli, utworzonych z jednéj strony (od dołu) przez opony mózgowe miękkie, z drugiéj strony (od góry) otoczonych samym miąższem mózgu, do pewnéj odległości w promieniu od obwodu jamek, żółtobrunatnym barwikiem nasiąkniętym. Treść zaś tych torbieli składa się z płynu gęstawego, mlecznego.

Zmian z takiemi objawami w miąższu mózgu znalezionych nie można uważać jako pochodzące od obecności pasożytów jak wieńcogłówki lub wągrów, także w pęcherzykach wśród miąższu mózgu znachodzić się mogących, a to z powodu, że płyn w torbielach zawarty nie znajdował się w osobnéj, zamkniętéj torebce, otoczonéj dopiera drugą, od miąższu mózgu lub błon mózgowych pochodzącą, że płyn ten nie był jasny, wodnisty, prze-

źroczysty, że w końcu ani w jednéj z tych jamek nie znaleziono pasożyta.

Uważać je więc należy za następstwa ograniczonego rozmiękczenia mózgu, wywołanego dostaniem się cząstek porwanych prądem krwi z serca i zaklinowanych w tychże miejscach mózgu, z następowém wynaczynieniem do miąższu mózgu i przeobrażeniem w torbiel. Zmiany w miąższu mózgu same przez się, jako mogące pochodzić od przeróżnych przyczyn, nie miałyby tak wielkiéj ważności, lecz jako pewna część objawów z jednego i tego samego źródła pochodzących i jeden rodzaj przeobrażenia jak i inne, przedstawiających, posłużyć mogą do udowodnienia słuszności wyżéj wyrażonego twierdzenia.

Pozostałyby jeszcze do wytłumaczenia tak co do sposobu powstania, jak i co do związku z resztą zmian, nieprawidłowości znajdujące się w przewodzie pokarmowym.

Obecnie nie widzimy i tutaj zmian w tym stopniu rozwoju, któryby bez żadnéj wątpliwości mógł swoim obrazem rozstrzygnąć o przyczynie, jaka je wywołała; lecz widzimy już zmiany następowe, w okresie zupełnego wygojenia, wywierające szkodliwy wpływ nie tylko jedynie przez swą obecność w przewodzie pokarmowym, lecz także przez swe następstwa t. j. zwężenie światła jelita czczego *(jejunum)* ze zupełném zniesieniem jego drożności.

Kolejność, w jakiéj te zmiany aż do obecnego stanu dochodziły, można z niego samego bardzo łatwo wytłumaczyć. Obecnie widzimy bowiem cztery blizny półksiężycowate, wklęsłe, czarnym barwikiem zabarwione, dość grube, z resztą tkanek w sąsiedztwie blizn zgrubiałą. Wklęsłość na bliznach pochodzić jedynie może od ubytku tkanin skutkiem obumarcia błony śluzowéj i podśluzowéj do pewnéj głębokości z przyczyny wstrzymanego dopływu krwi; blizna naokoło zagłębienia wytworzona, barwikiem czarnym zasiana, jest częścią, w któréj wytworzyło się po utkwieniu zatoru *(embolus)* w tętnicy, krążenie

oboczne z objawami nadzianki krwawéj *(infarctus haemorrhagicus)*, i w któréj następnie przebiegało zapalenie z obfitém wytworzeniem się tkanki łącznéj z pozostaniem w niéj barwika.

Zgrubienie naokoło blizn w pewnéj rozległości świadczy o oddziaływaniu, jakie istniało w sąsiedztwie tych zmian w całéj grubości ścian jelita.

Przebieg więc, o ile z poprzedniego widzieć możemy, był taki, że cała sprawa początkowo nie była niczém innem jak tylko zapaleniem śródsierdzia ostrém na powierzchni jam serca a nie w ujściach i zastawkach umiejscowioném; że zapalenie to jako takie przebiegało pod objawami gorączkowemi do durzycowych podobnemi; że podczas ostrego okresu wytworzyły się zatory w rozlicznych narządach, i one dopiero po zupełném ustaniu zapalenia śródsierdzia przebiegały samoistnie daléj, bez żadnych objawów tak, że się chory za zupełnie wyleczonego uważał aż do czasu, w którym tkanka łączna w miejscu i naokoło nadzianek krwawych wytworzona doszła do tego stopnia wykształcenia, że rozpoczęła stawać się zbitą, kurczyć się i tem dopiero, że zamknęła światło jelita i uniemożebniła przesuwanie się treści jelit, wywołała objawy zwężenia przewodu pokarmowego, nie dając najmniejszego nawet śladu o istnieuiu tych blizn i wrzodów, a tém samém możności rozpoznania za życia przyczyn zwężenia.

Stanowczego i niczém zbić się niedającego dowodu o rodzaju przyczyny owrzodzenia jelita z następowém wytworzeniem się blizny, jakim mógłby być zator w świetle tętnicy się znajdujący, oględziny pośmiertne nie wykazały i wykazać nie mogły. Wypadek nie jest bowiem świeży; zmiany już nie pierwotne ale następowe; części w których zator utkwił i zniósł krążenie obumarły i oddzieliły się. Pozostały jednak wyraźne zmiany w sąsiedztwie obumarłych części powstałe, z widoczną w nich sa-

mych granicą i różnicą odmiennych spraw, równocześnie obok siebie przebiegających; pozostały również wybitne następstwa w innych narządach odległych od przewodu pokarmowego, noszące na sobie cechę tego samego rodzaju przeobrażeń jak w jelitach tj. zatoru z wytworzeniem się nadzianek krwawych, z późniejszém właściwém im przeobrażeniem; pozostały ślady przebytego zapalenia w śródsierdziu, które w tym wypadku było punktem wyścia dla zmian anatomicznych chorobowych wyżéj opisanych a zarazem było przyczyną téj odrębności w całéj budowie wrzodów i blizn w przewodzie pokarmowym.

II.

Atheroma aortae descendentis et arteriarum. — Infarctus renum recens. — Nephritis interstitialis chronica. Ulcera intestini ilei (ex embolia) subsequ. necrosi circumscripta intestini ilei, diphtheria et croupo membranae mucosae. — Catarrhus chronicus totius intestini. Pleuropneumonia crouposa lobi super. pulm. dextri. — Hypertrophia excentrica ventriculi sinistri. — Degeneralio colloidea cordis, hepatis et lienis. — Ulcus callosum cruris dextri. — Tumor fibroplasticus arachnoideae.

Michał Nowak, lat 67 liczący, żebrak, bywał od lat kilku stałym prawie mieszkańcem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza z przyczyny uporczywych wrzodów modzelowatych *(ulcera callosa)* obu podudź. Ostatni raz przybył w dniu 1go stycznia 1872 r. z tego samego powodu, z tą tylko różnicą, że podudzie i udo prawe było znacznie zaczerwienione, obrzmiałe i przy dotykaniu bolesne, a obrzmienie ograniczoném było ostro od zdrowych części skóry brzegami nieregularnemi, na

udo zaś szerzyło się w kierunku przebiegu naczyń limfatycznych aż do przegubu pachwinowego.

Co do stanu ogólnego, to cierpienie rozpoczęło się dreszczem, po którym powstała gorączka, znaczne osłabienie, rozwolnienie, brak apetytu i pragnienie.

Stan taki nie trwał długo, gdyż dnia 7go stycznia róża zbladła i stan chorego stał się znośniejszym.

Niespodzianie jednak nastąpił tegoż dnia nagle, bez danéj przyczyny bardzo silny ból w brzuchu, nie ustępujący lecz zwiększający się przy ucisku; do tego przyłączyło się wkrótce znaczne rozdęcie brzucha *(meteorismus)*, rozwolnienie; ból wzmógł się jeszcze bardziéj, i objawy te trwały ciągle aż do dnia 16 stycznia b. r., w którym chory zakończył życie pod objawami zbrzęknienia płuc *(oedema pulmonum)*.

Rozbiór zwłok wykazał następujący stan: Mężczyzna wzrostu wysokiego, nędznie odżywiony; włosy siwiejące, źrenica lewa na zewnątrz i ku górze przesunięta, bardzo mała, prawa miernie zwężona; klatka piersiowa széroka, wypukła.

Odnoga prawa dolna okazuje na tyl néj powierzchni łytki miejsce rozległości ręki, składające się z kilku mniejszych ognisk pozbawionych skóry, poprzegradzanych od siebie skórą jeszcze utrzymaną. Powyżéj tego aż do kolana skóra zgrubiała, niepodajna, biała. Na goleni lewéj, w jéj dolnéj trzeciéj, skóra połyskująca się, blada, twardsza.

Kości czaszki grube, zbite. Opona twarda mózgu miejscami zgrubiała; opony miękkie na wypukłości mózgu zmętniałe, zasiane ziarnistościami Pacchiona.

Miąższ mózgu zbity, dość wilgotny; istota korowa wązka; rowki między skrętami szérokie; istota rdzeniowa na przekroju nieco się kurczy. W szczycie półkuli prawéj między skrętami mózgu znajduje się guz półkulisty, wielkości orzecha laskowego, sprężysty, z opo-

nami mózgu zrośnięty, wypukłością swoją w zagłębieniu między skrętami mózgu spoczywający. W komórkach bocznych do dwóch drachm płynu surowiczego.

Gruczoł tarczykowy blady, ziarnisty, prawidłowéj wielkości.

Błona śluzowa krtani i tchawicy sino zabarwiona. Opłucne płuca prawego w tylnéj dolnéj części ze sobą zrośnięte. W jamie opłucnéj kilka uncyj płynu brudno czerwono zabarwionego. Płuco wielkie, w przednich częściach blade, w tylnych ciemno-czerwono zabarwione; opłucna w tych miejscach mętna, pokryta cienką warstewką, łatwo dającą się zedrzeć, włóknika. Płat górny na przekroju z wyjątkiem przodkowego brzegu, zbity, bezpowietrzny, kruchy, przy ucisku pokrywający się cieczą gęstą, brudno żółtawą, lepką, bezpowietrzną. Płat dolny wiotki, przekrwiony, zalewa się na przekroju cieczą wodnistą, pienistą, krwawo zabarwioną. W jamie opłucnéj lewéj do kilku uncyj płynu surowiczego, czerwono zabarwionego. Miąższ płuca lewego na przekroju suchy, w przodkowych częściach dość blady, w tylnych miernie przekrwiony i zalany cieczą surowiczą, przy ucisku jako płyn pienisty wyciekającą.

Serce w wymiarze poprzecznym rozszerzone; osierdzie na niem w całéj rozległości zmętniałe. Jama komórki lewéj cokolwiek większa, ściany jéj grubsze, ciemno zabarwione. Zastawka dwukończysta prawidłowa; zastawki półksiężycowate aorty w swojéj osadzie zgrubiałe. Sciany komórki prawéj wiotkie, cienkie; zastawka trójkończysta i tętnicy płucnéj prawidłowe. W jamach serca znaczna ilość skrzepów świeżych włóknika i czarnéj krwi. —

Wątroba prawidłowéj wielkości, torebka nieco zgrubiała, mętniejsza; powierzchnia drobno-ziarnista; miąższ blady, niedokrewny, kruchy.

Śledziona około trzy razy powiększona, torebka na wypukłéj powierzchni zgrubiała, ścięgnista, miąższ cie-

mno-wiszniowo zabarwiony, połyskujący, dość zbity.

Nérki prawidłowéj wielkości, torebka cienka z łatwością zdjąć się daje; powierzchnia nierówna, ziarnista, miejscami bliznowato powciągana, istota korowa niejednostajnie széroka, blado żółtawo zabarwiona, miąższ dość miękki. W nérce lewéj znajduje się ograniczone miejsce klinowate, jasno ubarwione, otoczone miąższem ciemno-czerwono zabarwionym.

Żołądek miernie rozszerzony; błona śluzowa blada, gęstym śluzem pokryta.

Jelito biodrowe w kilku ograniczonych miejscach, blizko kiszki ślepéj, pozlepiane z pętlicami jelita czczego tak, że przez to utworzyła się bryła w głębi pętlic jelit prawidłowych umieszczona, zawierająca w swym środku pętlicę ze zmianami do wysokiego już posuniętemi stopnia.

Jeżeli się tę pętlicę ogląda od zewnątrz uderza ciemnoczerwone, jednostajne zabarwienie otrzewnéj w dość znacznéj przestrzeni (przynajmniéj do 8miu cali długości jelita zajmujące); wśród tego zaczerwienienia odbijają jak gdyby wysepki, pokryte warstwami włóknika świeżego, łatwo dającego się odedrzeć, trzy ograniczone miejsca o średnicy 3 linij do 1 cala dochodzącéj, na których błona surowicza jest brudno żółtawo zabarwiona, zmętniała, wiotka, ograniczona ostro brzegami nieregularnemi od wyżéj opisanéj otrzewnéj.

Nadto w połowie długości tego przekrwionego obszaru jelita znajduje się tak samo, lecz w stopniu o wiele wyższym, przeobrażona otrzewna, całe światło jelita pierścieniowo w szérokości najmniéj dwóch cali otaczająca, bardzo miękka, łatwo rozedrzeć się dająca. Na powierzchni otrzewnéj przekrwionéj i z sąsiedniemi pętlicami pozlepianéj znajdują się tu i owdzie skrzepy wynaczynionéj krwi.

Oglądając tę pętlicę jelita, po przecięciu go od strony błony śluzowéj, widać odpowiednio do wyżéj opi-

sanych miejsc otrzewnéj zupełne zniszczenie tkanek, tak że tylko otrzewna stanowi ścianę jelita; wszystkie warstwy ściany jelita obumarłe, zamienione częścią w miazgę strzępiastą, miękką, brudno-żółto zabarwioną, częścią w strupy, dające się bardzołatwo zeskrobać nożem jako masa szara.

Błona śluzowa począwszy od brzegów tych miejsc mocno przekrwiona, lecz niejednostajnie zabarwiona, pagórkowata, pokryta wypociną, zbitą mocno przylegającą, dość suchą, odrywającą się tylko wraz z powierzchowną warstwą błony śluzowéj; miejscami przedstawia powierzchowne, dość rozległe, nieregularne owrzodzenia. Cała ściana jelita w téjże przestrzeni przynajmniéj trzy razy grubsza od prawidłowéj a w miąższu jéj tu i owdzie ograniczone wynaczynienia krwi. Błona śluzowa i wreszcie jelita cienkiego i kiszce grubéj rozpulchniona, szarawo zabarwiona; treść płynna, ciemno-żółtawa.

Kępki Peyera i gruczoły odosobnione widoczne, lecz z resztą prawidłowe.

Badając naczynia krwionośne (tętnice) krézek pętlicy, w wyżéj opisany sposób przeobrażonéj, napotykamy w nich na rozgałęzieniach skrzepy brunatno czerwone, jędrne, dość suche, do kilku linij długie, mocno ze ścianą tętniczek spojone. W części krézki przylegającéj do jelita — w całéj swéj rozległości zniszczonego — tętniczka zatkaną jest w długości przynajmniéj jednego cala skrzepem podobnego rodzaju. Ściany tętnic krézkowych drobniejszych prawidłowéj grubości, powierzchnia wewnętrzna gładka, połyskująca. Tętnica krézkowa górna *(art. mesenter. sup.)* széroka, ściany jéj zgrubiałe, błona wewnętrzna chropowata, gdzie niegdzie w kształcie małych, żółtych guzków, ku światłu tętnicy wystająca. Światło jéj wszędzie drożne. W aorcie piersiowéj i brzusznéj jakotéż i w grubszych tętnicach ściany również grubsze, powierzchnia

wewnętrzna pagórkowata, chropowata, błona wewnętrzna tu i owdzie pozbawiona przybłonka.

W przytoczonym przypadku uderzające zmiany chorobowe znajdują się wyłącznie w ograniczonéj części cienkiego jelita. Polegają one na znaczném przekrwieniu i zgrubieniu ścian téjże pętlicy z dołączeniem się zapalenia dławcowego i błoniastego błony śluzowéj, a nadto z ograniczoném obumarciem w kilku miejscach wszystkich warstw ściany jelita, bądźto pod postacią okrągłych ognisk, bądź téż pod postacią zgorzeli obejmującéj pierścieniowato ścianę jelita. W krézkach zaś, mianowicie w tętniczkach krézkowych, liczne skrzepy włóknikowe poumieszczane na rozgałęzieniach i zatykające światło naczynia.

Zastanawiając się nad przyczyną wytworzenia tych zmian, możnaby bez uwzględnienia stanu tętnic i przy pobieżném ocenianiu objawów, uważać cały ten stan jelita za zgorzelinę, i to albo skutkiem uwięzgnienia gdzieś w bramie przepuklinowéj z późniejszém wysunięciem się z niéj i zlepieniem z sąsiedniemi pętlicami, albo téż skutkiem pokręcenia się jelit.

Mimo że oba przypuszczenia nie są możliwe, chcę jednak usunąć wszelką choćby najmniejszą podstawę do tak fałszywego wniosku.

Ażeby uwięzgnienie pętlicy jelitowéj mogło nastać tak w przypadku danym jak téż i w każdym innym, musiałby koniecznie znajdować się otwór nieprawidłowy, prowadzący do worka przepuklinowego lub téż jaka nieprawidłowa zatoka otrzewnéj. Jednak mimo najdokładniejszego badania wszystkich okolic, w których może się zdarzyć uwięzgnienie, nic podobnego nie znaleziono.

Przeciwko temu przypuszczeniu przemawia nadto sam stan jelita. Gdyby zgorzelina w niem była następstwem uwięzgnienia i ucisku w bramie przepuklinowéj, mielibyśmy zmiany chorobowe ograniczone najpierw do części, która się znajdowała w worku przepuklinowym, i w któréjby rozwijały się skutki utrudnionego albo nawet zniesionego krążenia, daléj mielibyśmy na granicach tychże zmian po obu końcach tętnicy uwięzgniętéj, dokąd krążenie było wstrzymaném i gdzie ucisk bramy przepuklinowéj był największym, ślady takiego uciśnięcia, ściśle odgraniczające część w worku przepuklinowym zatrzymaną od części w jamie brzusznéj się znajdującéj i pozostającéj w warunkach dla krążenia korzystnych, a zmienionych tylko o tyle, o ile treść w nich zawarta do tego się przyczyniała; w ogóle mielibyśmy ostre odgraniczenie części zdrowych od chorych, a zmiany chorobowe byłyby do najwyższego stopnia posunięte właśnie na saméj granicy.

Porównując stan znaleziony w obecnym przypadku ze stanem jelita uwięzgniętego widzimy, że objawy zmian chorobowych w niem zachowują się wprost przeciwnie. Przekrwienie i zgrubienie w znaczniejszéj rozległości ścian jelita przechodzi na obu końcach nieznacznie i łagodnie w stan prawidłowy. Zgorzelina — jakkolwiek w pewnéj części jelita zajmująca całą jego rozległość i mogąca uchodzić za następstwa ugniecenia — nie ogranicza się tylko do téj części, lecz okazuje się na tle miąższu ścian, przekrwionego i obrzmiałego w kilku miejscach, rozrzuconych w rozmaitéj odległości od pierwszego. Nadto nie widać żadnéj różnicy w świetle, ani w grubości ścian na części jelita powyżéj jak też i poniżéj położonego.

Drugie możliwe wywodzenie znalezionych nieprawidłowości w jelicie ze skręcenia się jelit albo około osi swéj krézki, albo też około drugiéj pętlicy — usuwa przytoczenie położenia względem siebie tak saméj pętlicy

jelita chorobowo zmienionego, jak i pętlic do niego przylegających.

Jakkolwiek podczas oględzin pośmiertnych wykryto, że pętlice jelita wzmiankowanego, wskutek zlepienia się za pomocą włóknika, utworzyły rodzaj jednéj bryły, to ani w postaci téj bryły ani w krézkach nie znajdowało się nic takiego, z czegoby już nie rozpoznawać, ale nawet podejrzywać tego rodzaju stan chorobowy można było. W zlepieniu się pętlic jelit widziano tylko następstwo ograniczonego zapalenia otrzewnéj i usiłowanie saméj przyrody uchronienia jelita od przedziurawienia, a otrzewnéj od ogólnego zapalenia ostrego, po dostaniu się treści jelit przez obumarcie części jelita powstać mogącego.

To zboczenie od przedmiotu zdawało mi się koniecznem.

Przez wykluczenie tych, w przytoczonym wypadku nieprawdopodobnych, możliwości nie wykazaliśmy jednak jeszcze ani rodzaju zmian chorobowych, ani ich przyczyny. Co się tyczy rodzaju zmian, to oznaczenie ich tutaj nie nlega żadnym trudnościom. Są one ograniczoną zgorzeliną, tu i owdzie rozsianą, przez wszystkie wartwy ściany jelita postępującą od wewnątrz ku zewnątrz; zgorzeliną powstałą niedługo przed śmiercią, wywołującą utratę tkanin i oddzielenie się ich od części sąsiednich, względnie zdrowych, nie przez zapalenie i ropienie, ale przez szybko powstający zgorzelinowy rozpad. Punktem jéj wyjścia nie jest tutaj żadna z części składowych anatomicznych jelita, lecz sama ściana jelita w całości.

W sąsiedztwie części obumarłych (nekrotycznych) do pewnéj odległości, tak powyżéj nich jak i poniżéj, znajdujemy zapalenie dławcowe i błonicowe błony śluzowéj, nie będące jednak następstwem działania na nią części zgorzelinowych, ale będące częściowym objawem sprawy, która i zgorzelinę jelita wywołała.

W oznaczeniu przyczyny tak zgorzeliny jak i innych towarzyszących jéj zmian chorobowych, nie będziemy potrzebowali, mając ją tak dobitnie wykazaną, dochodzić dopiero przez wykluczanie. W obecnym przypadku kategorycznie, wprost powiedzieć możemy, że przyczyną całéj téj zmiany są właśnie zatory w rozgałęzieniach się tętnicy krézkowéj wykazane. Te jednak, które w tętnicach samych krézek widzimy, nie są bezpośrednią przyczyną ograniczonéj zgorzeliny, przekrwienia i obrzmienia ściany jelita z wytworzeuiem się na błonie śluzowéj zapalenie. One służą nam tylko jako dowód, że ta sama sprawa odbyła się w tętnicach w ścianach jelita i później dopiero wywołała następowe zmiany.

Obecność zatorów w tętnicach krézkowych jakkolwiek jest przyczyną, samą dla siebie uważaną, przecież nie jest jeszcze ostateczną. Mogły się bowiem skrzepy albo w tych miejscach, w których istnieją lub istniały, wytworzyć, albo téż mogą być tylko zatorami zkąd innąd prądem krwi zabranemi i zaklinowanemi, a więc mogą być objawem iunéj odległéj sprawy chorobowéj, a tém samém nie są bezpośrednią przyczyną.

Badając ściany naczyń w miejscach usadowienia się zatorów, znajdujemy, że w nich nie może tkwić przyczyna wyrobienia się skrzepów; grubość ich bowiem nie powiększyła się — światło tętnicy nie zwężyło się, a błonka wewnętrzna na swéj powierzchni połyskuje się tak w tych miejscach jako téż i w poblizkich gałązkach tętniczych.

W miąższu saméj krézki również nie znachodzi się tuż obok tętnic nic takiego, coby mogło parciem od zewnątrz przyczynić się do zwężenia światła tętniczek, a tém samém sprzyjałoby wytworzeniu się zakrzepów. Sama już liczba skrzepów włóknikowych, rozsianych w tętniczkach na pewnym obszarze krézki, nie

przemawia za możebnością wytworzenia się skrzepów włóknika w ten ostatni sposób.

Jakkolwiek w miejscu, w którém znachodzą się w naczyniach skrzepy włóknikowe, nie ma warunków do ich wytworzenia się, to ten objaw nie wyklucza jeszcze możności wytworzenia się ich gdzie w miejscu odleglejszém i dostania się ich ztamtąd do miejsca teraźniejszego usadowienia się.

Nie podobna uważać serca, jako źródło wytworzenia się włóknikowych skrzepów, przy takim jego stanie, jak wyżéj opisano, tj. gdy nie wykryto żadnych zmian ani na zastawkach, ani w ujściu, ani téż na samém śródsierdziu.

W ścianach tętnicy głównéj i w tętnicy krézkowéj górnéj widzimy w dość wysokim stopniu rozwiniętą sprawę miażdżycową (*processus atheromatosus*). Na powierzchni błony wewnętrznéj widzimy nie tylko wyniosłości, ale i powierzchowną utratę tkanin i chropowatości. Te więc w przytoczonym przypadku uważać należy koniecznie za źródło całéj sprawy chorobowéj jelit. Ztąd najprawdopodobniéj pochodzą już to cząstki błonki wewnętrzéj tętnicy, sprawą wstecznego przeobrażenia dotkniętéj; już to drobne molekuły po otwarciu się ognisk miażdżycowych, stłuszczeniem wytworzonych; już to skrzepy włóknika na chropowatościach tętnicy powstałe, prądem krwi porwane i w węższych tętnicach (w tym przypadku w rozgałęzieniach się tętnicy krézkowéj górnéj) zaklinowane.

Skrzepów włóknika, widocznych w tętnicach krézki, również nie można uważać jako już ostateczne zatkania tętnicy, po za któremi krążenie w całym obszarze ustało. Te skrzepy za nadto jeszcze są oddalone od miejsc zgorzelinie podpadłych, aby im wprost przypisywać można powstanie zgorzeliny w tak ograniczonym obszarze, stosunkowo do odległości w jakiéj się znajdują.

Obecność ich służy tylko jako dowód słuszności twierdzenia, i stanowi prawie ogniwo łączące zmiany w jelitach ze zmianami chorobowemi ścian tętnicy głównéj.

Skrzepy wywołujące zgorzelinę ścian jelita zatykały drobniejsze jeszcze naczynia i uległy wraz z tkankami, do których wstrzymały dopływ krwi, zgorzelinie.

Oprócz skrzepów włóknika w rozgałęzieniach tętnicy krézkowéj i zmian następowych w jelitach znajdują się zmiany w odległym od tych części narządzie, w ten sam sposób powstałe tj. nadzianka krwawa w miąższu nérki lewéj.

Pod względem czasu trwania można ją uważać za równoczesną ze zmianami w jelicie, różni się tylko od nich rodzajem zgorzeli. Jakkolwiek nadzianka ta jest tylko pojedynczą (jedną), w naszym przypadku jest ona objawem bardzo ważnym, gdyż stwierdza dobitnie wywodzenie spraw chorobowych w jelitach ze sprawy zatorowéj.

III.

Atheroma aortae subsequente aneurysmate fusiformi aortae ascendentis.—Atrophia senilis cerebri.—Infarctus cerebelli.—Ulcera intestini tenuis (ex embolia).—Pleuropneumonia dextra.—Hepatitis interstitialis chronica.—Tumor lienis acutus.

K. Z. lat 67 liczący, przywieziony został dnia 6 lutego 1871 r. do szpitala św. Łazarza podczas gwałtownych mrozów, zziębnięty, z poodmrażanemi (w drugim stopniu) małżowinami usznemi i ostatniemi członkami palców wielkich obu nóg; w stanie zupełnéj bezprzytom-

ności i wysokiego stopnia zapadu sił *(collapsus)*. Po użyciu napojów podniecających, rosołu i mleka, chory ten cokolwiek przyszedł do przytomności; siły nieco powróciły, ale na zapytania nie odpowiadał wcale, tylko dawał znaki na migi, a zapytany dnia 8 lutego o nazwisko dopiero po długich jąkaniach się i wysileniach ledwie je wymówił w całości. Po niedługiéj jednak chwili podczas badania odzyskał mowę w zupełności i dziwił się doznanemu utrudnieniu w mowie, twierdząc że to po pierwszy raz w życiu jego się wydarza. Za przyczynę osłabienia podawał brak należytego pożywienia, odzienia i ciągłe przebywanie na mrozie. Oprócz osłabienia nie uskarżał się na żadne inne dolegliwości, apetyt miał dobry, pragnienie nie zwiększone, sen spokojny, trawienie dość dobre, stolec codziennie w miernéj ilości.

W stanie chorego podczas badania nie zauważano dnia tego żadnéj gorączki, a w pojedynczych narządach z nieprawidłowości były następujące: w płucach obok odgłosu wypukowego prawidłowego, ale w powiększonych rozmiarach, znajdowały się nieliczne, suche rzężenia; z tonów serca drugi ton nad tętnicą główną dźwięczny, tętnice obwodowe wężykowato pokręcone; tętno 68, ciepłota nie podwyższona. W ruchach tęczówek, mięśni poruszających gałkę oka, na mięśniach twarzy i odnóg tak górnych jak dolnych nie można było dostrzedz nic nieprawidłowego.

Ten stan trwał dwa dni; 11 lutego bowiem po niespokojnie przespanéj nocy chory stał się mocniéj osłabionym, obojętnym na wszystko i wzbraniał się przyjmować podane pokarmy. Następnéj nocy zaczął majaczyć, w dzień leżał zupełnie apatycznie, niechętnie odpowiadał na pytania, był więcéj osłabionym a do jedzenia i picia zmuszać go koniecznie było potrzeba. W tym

stanie jako chorego na umyśle na zadumę w połączeniu z jadłowstrętem odesłano do oddziału obłąkanych dnia 16 lutego, gdzie tuż po przybyciu dostawszy zapalenia płuca prawego zmarł dnia 23 lutego 1871.

Sekcya wykonana w Zakładzie patologiczno-anatomicznym U. J. wykazała co następuje:

Mężczyzna dobrego wzrostu, nędznie odżywiony; na prawéj dolnéj odnodze na wielkim palcu znajduje się w rozległości dwóch kwadratowych centimetrów czarna plama na skórze, sucha.

Szyja odpowiedniéj długości i grubości. Klatka piersiowa wypukła. Brzuch wklęsły.

Czaszka gruba, zbita; twardówka miernie naprężona, gładka; opony miękkie w niektórych miejscach zgrubiałe, rowki miedzy skrętami wypełnione płynem surowiczym. Miąższ mózgu przekrwiony, zbity, w komórkach zawierający do kilku drachm płynu surowiczego; ependyma cokolwiek grubsze, naczynia jego szerokie, przebiegają powierzchownie. Istota korowa wązka. W móżdżku w istocie białéj znajduje się ognisko wielkości migdała, barwy szaro-czerwonawéj, na przekroju wysterczające nad powierzchnię, utworzone z wynaczynionéj krwi i rozpadającego się miąższu móżdżku.

Płuco lewe wielkie, niedokrewne, suche, na przekroju zapadające się. Opłucna płuca prawego przekrwiona, pokryta strzępkami włóknika żółtego; płuco prawe również wielkie, tu i owdzie na przekroju wykazuje zraziki szaro-różowo zabarwione, bezpowietrzne, wydzielające przy ucisku płyn brudno-szary, niepienisty.

W osierdziu około jednéj drachmy płynu surowiczego. Serce miernie skurczone; na osierdziu prawéj komórki plama ścięgnista; zastawka dwukończysta i zastawki tętnicy głównéj na brzegach zgrubiałe. Ściana tętnicy głównéj wstępującéj, ku stronie prawéj workowato rozszerzona a powierzchnia jéj wewnętrzna chropo-

wata, pokryta nierównościami żółtawemi nakształt łusek, łatwo oddzielającemi się. W jamach serca czarno-czerwona, skrzepła krew i skrzepy włóknika.

Wątroba na powierzchni lekko ziarnista, miąższ niejednostajnie zabarwiony, marmurkowaty. W pęcherzyku żółciowym ośm kamyków gładkich, żółtawych; we wspólnym przewodzie żółciowym, miernie rozszerzonym, leży jeden kamyk żółciowy.

Śledziona nieco większa, torebka prawidłowéj grubości, lekko pomarszczona, miąższ miękki, łatwo rozgnieść się dający, barwy wiszniowéj.

Nerki wielkości prawidłowéj, torebka łatwo zdjąć się daje, zbitość miąższu zmniejszona.

Żołądek nie przedstawia nic nieprawidłowego.

W dolnym końcu jelita czczego ściany jelita i część krézki w szerokości około $2\frac{1}{2}$ cala przekrwione i zgrubiałe. Zgrubienie obejmuje pierścieniowato całe jelito w wyż wspomnianéj rozległości i najwybitniéj występuje w miejscu przyczepienia się krézek. Miejsca te czerwono-sino zabarwione odbijają swą barwą od reszty jelita, które również mocno jest przekrwione. Na otrzewnéj odpowiednio do miejsca zgrubiałego znajduje się mnóstwo strzępków tkanki łącznéj, a pomiędzy niemi sama otrzewna grubsza, mętna i chropowata.

Po przecięciu ścian jelita widać w miejscu zgrubienia w téj saméj rozległości wrzód o brzegach nierównych, kolisto powyginanych, gdzieniegdzie ostrych, gdzieniegdzie wystających i podminowanych; dno wrzodu szare, nierówne, miejscami z tkanki podśluzowéj, miejscami z błony mięsnéj utworzone, pokryte masą brudno-żółtą, ściśle do niego przystającą, a po lekkiém oderwaniu jéj pozostają w dnie tém zagłębienia okrągłe, o średnicy do pół linii najwięcej mające, dość liczne, wypełnione masą czerwono-szarą, przez co dno staje się kropkowaném. W miejscu naprzeciw uczepienia się krézki jest głębokość

wrzodu najmniejszą, i tu z dna wrzodu wysterczają gdzieniegdzie małe kępki jeszcze utrzymanéj, lecz na powierzchni chropowatéj, błony śluzowéj. Obok tego wrzodu znajduje się mniejszy, eliptyczny, do 5 linij długości mający, w kierunku zastawki Kerkringa ułożony, o nierównéj głębokości, drążący i minujący ściany jelita w głąb jakotéż zastawkę Kerkringa w jej podstawie; brzegi są ostre, równe, podminowane. Na około wrzodu błona śluzowa oprócz przekrwienia znacznie obrzmiała i powierzchownie cienką blaszką wypociny błoniastéj pokryta. Błona mięsna w okolicy wrzodu, również w pewnéj odległości od tegoż, przynajmniej w dwójnasób zgrubiała i ciemno-czerwono ubarwiona.

W jelicie biodrowém, w jego górnéj części, uderza również przy badaniu od zewnątrz, że otrzewna jak na wyżéj opisaném miejscu jelita czczego, pokryta kosmkami nowo wytworzonéj tkanki łącznéj, czerwono-czarno zabarwiona i zgrubiała.

Ściany jelita przy obmacaniu go od zewnątrz wydają się w rozległości około 2 cali mniéj podatnemi niż części sąsiednie.

Od strony błony śluzowéj wygląda to miejsce drobno ziarnisto, o brzegach ostrociętych, pozaginanych wężykowato, jak gdyby były od robaków wytoczone; dno wygląda pagórkowato, pokryte jest powłóczką z żółto-brunatnéj, gęstawéj masy, ściśle przylegającéj do powierzchni. Światło jelita w tém miejscu zwężone, z przyczyny zgrubienia ściany.

W odległości blizko ośmiu cali od opisanych zmian w tem samém jelicie znajduje się, podobnéj rozległości, tego samego rodzaju zmiana chorobowa, różniąca się od niéj tylko nieco ciemniejszém zabarwieniem i wyższym stopniem przerostu wszystkich warstw ściany.

Błona śluzowa reszty jelita cienkiego grubości prawidłowéj, tu i owdzie drzewkowato nastrzykana, śluzem

pokryta. Kępki Peyera i gruczoły odosobnione żadnéj nie przedstawiają nieprawidłowości.

Błona śluzowa kiszki ślepéj szaro zabarwiona, przekrwiona.

Badając pod drobnowidzem przecięcia z brzegów i dna wrzodu począwszy od części zdrowych, okazują się wszystkie tkaniny naciekłe komórkami wypocinowemi okrągłemi, coraz liczniejszemi w miarę zbliżania się ku brzegom i dnu wrzodu, i coraz gęściéj ułożonemi tak, że w pewnéj przestrzeni od saméj powierzchni dna i brzegów wrzodu widać tylko drobnoziarnistą masę bez żadnego śladu prawidłowych tkanin, a na samym brzegu dna spostrzega się same drobne strzępki. Badając w kierunku przeciwnym tj. oddalając się od samego wrzodu, widać, że stopniowo komórki wypocinowe stają się mniéj licznemi, aż wreszcie znikają z miąższu tak, że do pewnéj przestrzeni jeszcze można tylko dostrzedz naczynia krwionośne nieco szersze i wypełnione ciałkami krwi.

IV.

Atheroma aortae. — Cystis apoplectica in corpore striato dextro. — Apoplexia disseminata cutis. — Erosiones haemorrhagicae ventriculi. — Necrosis telae submucosae intestini et infarctus recentes innumerosi intestini. — Tumor et infarctus lienis recentes. — Hyperaemia et oedema pulmonum. — Nephritis interstitialis chronica. — Steatosis hepatis.

Teodora Jarocka, lat 60, przebyła w młodszych latach durzycę, zimnicę, gościec stawowy ostry, poczem przez dość długie lata dobrém cieszyła się zdrowiem.

Dopiero dnia 4 listopada 1870 r. popadła nagle w stan bezprzytomności, podczas któréj nastały wymioty, mimowolne oddawanie moczu i porażenie lewéj połowy ciała. Bezprzytomność trwała aż do dnia następnego, po napadzie nastał stale ból głowy i skłonność do zatrzymania stolca, a porażenie trwało bez zmiany do dnia 22 grudnia, w którym to czasie chora po raz pierwszy poczęła wykonywać ruchy nieznaczne lewą ręką; noga lewa była bezwładna do 3 stycznia 1871 r.

W tym stanie pozostawała chora przez czas dłuższy dręczona napadami silnego bolu głowy, nieregularnie występującemi, a ból ten wraz z ciągle jeszcze trwającem porażeniem lewéj połowy ciała, były przyczyną, że chora udała się w celu leczenia się do szpitala św. Łazarza, gdzie dnia 6 marca przyjętą została. Leczenie zasadzało się na podawaniu jodku potasu po 5—10 granów dziennie, na wstrzykiwaniach podskórnych azotanu strychninowego po $^1/_{60}$—$^1/_{40}$ grana. Z przypadów w czasie pobytu w szpitalu zwracały na siebie uwagę, podobnie jak dawniéj, ból głowy, zaparcie stolca. Władza w nodze początkowo nieco się polepszyła na krótki czas, lubo prawie ciągle chora doznawała bólu w porażonych kończynach; późniéj bezwład w nodze powiększył się tak, że chora ustawicznie leżeć musiała w łóżku, a równocześnie z tém pogarszało się i odżywienie choréj. Na trzy dni przed śmiercią zauważano: ogólną przeczulicę *(hyperaesthesia)* i znaczne osłabienie, mierny stan gorączkowy, a następnego dnia wystąpiły na ciele liczne drobne wynaczynienia na skórze całego ciała; mimo upośledzonéj przytomności przeczulica powiększyła się; tętno podniosło się do 108, apetyt znikł zupełnie; śledziona miernie powiększona tak, że prawie do linii sutkowéj sięgała. Na jeden dzień przed śmiercią chora była zupełnie bezprzytomną, oddech był trudny, tętno drobne, nikłe, 136; język zupełnie suchy; brzuch lekko wzdęty; stolca nie było.

Sekcya wykonana dnia 15 maja 1871 w zakładzie patologiczno-anatomicznym, wykazała następujące zmiany:

Kobieta dobrego wzrostu, dość dobrze odżywiona, na skórze przeważnie rąk i nóg widać drobne guzki od wielkości ziarnka maku do wielkości soczewicy, bardzo liczne, większe nieco wystające, barwy ciemno-wiszniowéj, na przekroju w głąb skóry właściwéj sięgające. Dziąsła sino zabarwione, nie rozpulchnione.

Kości czaszki grube, zbite. Opony miękkie miejscami zgrubiałe. W ciałku prążkowaném prawém *(corpus striatum)* znajduje się torbiel wielkości orzecha laskowego, którego ściany tworzy nieco zbitsza istota mózgu, na wewnętrz. powierzchni znajdują się prążki barwika brunatnego, a treść stanowi płyn gęstawy, brunatny.

Płuca przeważnie w dolnych częściach przekrwione, zalewają się na przekroju płynem krwawym, pienistym.

Na osierdziu dość liczne, drobne wynaczynienia krwi. Wymiar serca podłużny nieco większy, zastawka dwukończysta i zastawki aorty nieco grubsze; ściany aorty nierówne, grubsze, tu i owdzie w nich blaszki kostne.

Śledziona powiększona, torebka lekko pomarszczona, na przekroju widać wśród miąższu jasno wiszniowo zabarwionego, liczne rozmaitéj wielkości świeże wynaczynienia.

Nerki prawidłowéj wielkości, torebka nieco trudniéj ściągnąć się daje, drobno ziarnista na powierzchni, na niéj jako też i na przekroju widać tu i owdzie świeże wynaczynienia drobne, miąższ sam nerek nieco zbitszy, istota korowa jaśniéj zabarwiona, piramidy na podstawie lekko rozstrzępione.

Żołądek rozszérzony, błona śluzowa brudno zielonkowato-szara, pokryta drobnemi licznemi punkcikami ciemno-brunatnéj barwy, dość mocno do błony śluzowéj przylegającemi, a po starciu większych z nich pozostaje na powierzchni błony śluzowéj zagłębienie.

Błona śluzowa jelita cienkiego mocno przekrwiona, również drobnemi krwawemi punkcikami zasiana; w kilku miejscach fałdy błony śluzowéj znaczniéj zgrubiałe, ciemno-czerwone, tkanka podśluzowa w tychże miejscach grubsza, krwawo nasiąknięta, powierzchnia takich fałdów pokryta wypociną ściśle przylegającą, a gdzie niegdzie nawet z powierzchowną warstwą błony śluzowéj tylko zeskrobać się daje.

W kiszkach grubych błona śluzowa również przekrwiona.

Treść w jelicie cienkiém jako téż i grubém skąpa, płynna, krwawo zabarwiona.

V.

Hydrocephalus chronicus. — Processus atheromatosus aortae et arteriarum cerebri. — Embolia arteriarum intestini coeci subsequente infarctu membranae mucosae et submucosae coeci. — Infarctus renum. — Scoliosis sinistra partis inferioris columnae vertebr. thoracis. — Abscessus femoris.

Agnieszka Sobocińska, lat 80, żebraczka, nie umie podać czy w młodości swojéj przebyła jaką cięższą chorobę lub nie. Do przybycia do szpitalu spowodowało ją obecnie wytworzenie się ropnia wielkości pięści na udzie, na wewnętrznéj jego powierzchni. Ropień ten przecięto d. 27 lutego 1871 r., poczem wylała się dość znaczna ilość ropy rzadkiéj. Chora miała się przez następnych pięć dni po otwarciu ropnia względnie do jéj wieku i stanu nędznego dość dobrze. Dnia 4 marca wystąpiła na skórze pokrywającéj ropień zgorzelina; dnia 5 marca popadła

chora nagle w stan zupełnéj bezprzytomności, przyczem uderzało znaczne osłabienie z tętnem nader nikłém i przyśpieszoném, i w tymże stanie bez żadnych innych przypadków zakończyła życie dnia 7 marca 1871.

Sekcya wykonana w zakładzie patologiczno-anatomicznym wykazała co następuje:

Ciało kobiety wzrostu średniego, źle odżywione, włosy miejscami siwe; na skórze nad okiem znajduje się strup wielkości centa, powierzchowny, pod którym znajduje się przyskórek już wykształcony. Na wewnętrznéj powierzchni uda znajduje się otwór prowadzący do jamy przykrytéj skórą utrzymaną, barwy sino-czarnéj, w rozległości dłoni, zawierającéj ropę. Jama ta utworzona jest przez ropień między powięzią szeroką uda a skórą.

Klatka piersiowa wązka a długa, nieforemna *(pectus carinatum)*.

Kości czaszki nadzwyczaj grube. Opona twarda mózgu mocno przekrwiona, w jamie twardówki jako téż popod błonami miękkiemi ciecz surowicza w znaczniejszéj nieco ilości. Miąższ mózgu miękki, istota rdzeniowa barwy żółtawéj. Komórki mózgowe boczne szerokie zawierają do 3 uncyj płynu surowiczego, żółtawego. Wzgórek wzrokowy lewy nieco więcéj w jamę komórki wystérczający. Na podstawie mózgu ściany tętnic miejscami grubsze i niepodatne.

Miąższ płuca lewego prawidłowy. W płucu prawém dolny płat zbity; w nim pod opłucną, włóknikiem w ograniczoném miejscu pokrytą, znajduje się przestwór wielkości bobu wypełniony ropą gęstą, żółtawą.

Serce nieco szersze; pierścień ścięgnisty ujścia żylnego lewego w małéj rozległości zwapniały. Na wewnętrznéj powierzchni aorty piersiowéj znajduje się wiele chropowatości pokrytych skrzepłym włóknikiem, rozpadającym się w środku w istotę płynną, nadto

liczne blaszki kostne, porozrzucane tu i owdzie w ścianach aorty.

Wątroba wielka, blada, na powierzchni drobnoziarnista, miąższ jej zbity.

Sledziona do przepony przyrośnięta, mała, miąższ jéj miękki, łatwo rozetrzeć się dający. Torebka jéj w rozległości talara skostniała.

Nerki obie przeważnie jednak lewa pomniejszone, torebka cienka, powierzchnia chropowata, na przekroju istota korowa węższa. W niéj i w piramidach nerki lewéj kilka ognisk wielkości prosa do wielkości grochu, żółtawych, jednolitych, z miąższem co do utkania zatartym, otoczonych do pewnéj odległości miąższem mocno przekrwionym z wynaczynieniami krwi.

Stos kręgowy w części piersiowéj skrzywiony ku lewéj stronie, w części lędźwiowéj na prawą; odpowiednio do tego i miednica na prawo skrzywiona.

Błona śluzowa żołądka blada gęstym śluzem pokryta.

Błona śluzowa kiszki ślepéj, okrężnicy wstępującéj i w wielu miejscach jelita czczego mocno przekrwiona, fałdy w tych miejscach są więcéj wyrównane, żółto-brunatno zabarwione, bardzo wiotkie. Pomiędzy niemi błona śluzowa żółtawa, miejscami rozpadająca się. Odpowiednio do tych miejsc znajdują się pod otrzewną, również mocno przekrwioną, wynaczynienia krwi, a tętniczki przepełnione są czarną skrzepłą krwią lub też w kilku miejscach szarawym włóknikiem. W kiszce ślepéj fałdy w kilku (około 5ciu) miejscach przekrwione, znacznie obrzmiałe, zbite, krwawo nacieczone, barwy czarnawéj; błona podśluzowa pod niemi również nacieczona, pomiędzy fałdami błona śluzowa ropiasto się rozpada.

W tkance podotrzewnowéj i w naczyniach krwionośnych kiszki ślepéj zmiany takie same jak wyżéj opisano.

Z ocenieniem zmian chorobowych w trzech ostatnich przypadkach w każdym z osobna wstrzymałem się z téj przyczyny, że pod względem jakości są one prawie zupełnie równe, a różnią się jedynie stopniem rozwoju tak, że gdyby nie odrębność osobistości *(individuum)*, możnaby je uważać za jeden szereg o różnym tylko rozwoju i wykształceniu.

Odnoszenie tychże do znanych i zwyczajnie wydarzających się zmian chorobowych i zestawienie wszystkich objawów, bądź to przemawiających za jedną z nich, bądź téż wykluczających je, przy tak wyraźnéj odrębności pod każdym względem, staje się z téj właśnie przyczyny zbytecznem, i sprawia, że wprost ze stanu anatomicznego miejscowego jako téż objawów w innych narządach, można zestawiwszy je twierdzić, że nie z innéj powstały przyczyny, jak tylko skutkiem dostania się do drobniejszych gałązek naczyń krwionośnych ciał stałych, które powstrzymały w ich obrębie krążenie.

W przytoczonych przypadkach mamy prawie zupełnie równy obraz anatomiczny całego organizmu; osoby są w wieku podeszłym i przedstawiają na ścianach aorty zmiany miażdżycowe w wysokim rozwinięte stopniu, ze złogami włóknika na chropowatościach (jak w 5ym przyp.) i z wrzodami miażdżycowemi błony wewn. tętnic (4ty przyp.) i z rozszerzeniem światła tętnicy głównéj wstępującéj (3ci przyp.). Nadto w jednym z tych trzech przypadków widzimy w tętnicach na ścianach kiszki ślepéj skrzepy, bądź to krwawe, bądź to już rozpadające się na masę płynną, do ropy podobną. W tychże przypadkach zwraca na siebie uwagę obecność nadzianek krwawych w mózgu, w nérkach, w płucach, z właściwemi im późniejszemi przeobrażeniami, jak również to, że zmiany chorobowe bynajmniéj nie trzymają się ani gruczołów odsobnionych, ani kępek Peyera, że nie zajmują jelita w znacznéj rozległości, lecz że się ograniczają do kilku zaledwie miejsc niewielkich,

więcéj swym obszarem odpowiadających rozgałęzieniu się naczyń krwionośnych, aniżeli przedstawiających się jako zmiany chorobowe szérzące się od pewnego środkowego punktu ku obwodowi stopniowo z powolném rozpadaniem się miąższu.

Badanie drobnowidzowe wykazuje, w całéj obszerności przekrwienia, nacieczenie komórkami wypocinowemi miąższu ścian kiszek, jednostajnie, bez względu na pojedyncze ich części anatomiczne; przedstawia poza przekrwieniem jednostajnem tylko naczynia krwionośne krwią przepełnione; w środku odpowiednio do największéj ilości komórek wypocinowych rozpad całego utkania wraz z obecnemi tamże komórkami, rozpad przedstawiający się mikroskopijnie jako masa bezpostaciowa, brudno czerwono-żółto zabarwiona, ściśle ze ścianami kiszki połączona a na granicy jéj ku miąższowi jeszcze utrzymanemu jako tkanina drobnoziarnistą masą przesiąnięta.

Obok tego, równocześnie z przekrwieniem miąższu na powierzchni tak błony surowiczéj jak śluzowéj wypocina włóknikowa, ściśle do powierzchni przylegająca.

W przypadku czwartym zwracają nadto na siebie uwagę liczne, drobne wynaczynienia, rozsiane tak po całéj skórze jak i na błonie surowiczéj osierdzia, na błonie śluzowéj żołądka i całego przewodu pokarmowego, nadto wynaczynienia do miąższu śledziony i nerek obok prawidłowo utrzymanych dziąseł; gorączka wyższego stopnia powstająca wkrótce przed okazaniem się wynaczynionek, połączona z bezprzytomnością i znacznem osłabieniem, pomimo tego, że brak było znacznych krwotoków, z którychby nagły upadek sił wytłomaczyć sobie można.

Objawy te tak za życia zauważane jak i dostrzeżone po śmierci na zwłokach, przedstawiają mniéj więcéj obraz chorobowy, jaki zazwyczaj dostrzegać można w przebiegu *endocarditis ulcerosa.* Brak powikłania ze strony śród-

sierdzia nie jest jeszcze żadnym objawem, któryby przypuszczenie to zbić można. Jeżeli się bowiem uwzględni stan ścian tętnicy główněj, jeżeli się zauważy, że chora ta przed kilkoma miesiącami uległa przy tym samym stanie serca udarowi krwawemu, tém śmieléj twierdzić można, że wynaczynienia liczne i drobne, rozsiane po wszystkich narządach, tę samą mają podstawę, że tém samém i zmiany w błonie śluzowéj i podśluzowéj jelita oprócz drobnych wynaczynionek się znajdujące, nie są czém innem, jak tylko nadziankami krwawemi, dla których źródłem były ściany tętnicy głównéj czy to przez odrywanie się cząstek ich samych, czy téż przez przebicie się króst miażdżycowych, czy wreszcie przez wytwarzanie się skrzepów na chropowatościach.

Wrzody czy to już wytworzone, czyli téż dopiéro wytwarzające się w przewodzie pokarmowym, odznaczają się tém, że oddziaływanie sąsiednich części ogranicza się do miejsc najbliżéj położonych a po zupełném wykształceniu się wrzodu reakcya ta polega najczęściéj na odmienności od stanu prawidłowego tylko brzegów wrzodu, reszta błony śluzowéj w około niczem się nie odznacza, coby mogło dowodzić jakiego jéj współudziału w zmianach anatomicznych.

Ważną okolicznością przemawiającą za powstaniem tych zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym w sposób wyżéj wzmiankowany jest obecność wypocin błonicowych (dyfterycznych) na błonie śluzowéj i wypocin włóknikowych albo następstw sprawy zapalnéj na błonie surowiczéj w obrębie przekrwienia. Można to uważać za objaw zupełnie ten sam, jaki się stale przydarza w przebiegu zmian wywołanych w ścianach jelit skutkiem zatoru tętnicy krézkowéj górnéj.

Przypadek piąty, jakkolwiek równemi z poprzedzającemi odznacza się objawami, nie jest jednakże tak prostym jak tamte, albowiem oprócz zmian, jakie mogły

były być przyczyną całéj sprawy, znajdujemy inne, któreby mogły posłużyć jako zarzut, że sprawa, o któréj mowa, nie w powyższy rozwinęła się sposób i nie z tego punktu wyszła, lecz że jest po prostu ropnicą *(pyaemia)*, dla któréj ogniskiem był ropień na udzie.

Niemożebném jest z obrazu anatomicznego na pewne rozstrzygnąć, jaką właściwie jest sprawa chorobowa, bo ściśle wziąwszy obiedwie należą do jednéj kategoryi spraw zatorowych (embolicznych), lecz jeżeli uwzględnimy objawy chorobowe za życia zauważane, w których nie było żadnego dla ropnicy charakterystycznego, to w rozstrzyganiu prędzéj oświadczymy się za zatorem z chropowatości ścian aorty wyszłym, niż za ropnicą, jakkolwiek na pewne nigdy orzec nie będziemy w stanie.

Zastanawiając się nad obrazem chorobowym, jaki nam się przed oczy nasuwa po uwzględnieniu wszystkich pięciu przypadków, można bardzo łatwo nietylko przypuszczać, lecz nawet nabrać zupełnéj pewności, że zmiany wyżéj opisane w przewodzie pokarmowym są jedynie następstwem zatoru tętnic, a nie należą do zwyczajnéj kategoryi owrzodzeń po dziś dzień naukowo uznawanych.

W przytoczonych przypadkach razem wziętych widzimy jak gdyby pewną całość w rozwoju téj sprawy chorobowéj, od jéj początkowego zawiązania się jak w 4 i 5 przypadku, do stopniowego coraz rozleglejszego zniszczenia tkanin już to saméj tylko błony śluzowéj, już to wszystkich warstw ścian jelita, jak w 2 i 3, aż wreszcie do następowych zmian po wyeliminowaniu się części obumarłych, jak w 1 przypadku.

Widząc pojedynczy taki przypadek i chcąc ocenić dokladnie te zmiany, pomimo wykluczenia innych mo-

żebnych spraw chorobowych w przewodzie pokarmowym, niepodobnemby było stanowczo za takie je uważać, jeżeli się jednak wszystkie razem uwzględni, jeżeli się zauważy pewną harmonją w zmianach odległych narządów a przeważnie w narządzie krążenia w każdym przypadku z osobna, niewątpliwą wtedy staje się rzeczą, że zmiany anatomiczne w tych przypadkach mają źródło swe właśnie w wyżéj podanéj sprawie chorobowéj.

Przepatrując dzieła anatomii patologicznéj w tym kierunku, w żadném specyalnem nie znajdujemy ani wzmianki o przyczynie powstawania tego rodzaju owrzodzeń w mniejszym obszarze, wspominają one tylko o zatorze tętnicy kréżkowéj górnéj w całości [1], [2]. Dzieła kliniczne oprócz podania niewyraźnych tylko objawów tegoż cierpienia [3], [4], [5], [6]) nie uwzględniają również zatoru pojedynczych gałęzi lub gałązek téjże tętnicy lub jego następstw.

Lebert w swojem dziele patologicznéj anatomii [7] wspomina wprawdzie o wydarzaniu się w przewodzie pokarmowym wrzodów, których również nie może zaliczyć do znanych kategoryj i przytacza nawet ośm opisów sekcyj z tego rodzaju zmianami, nie tłumaczy jednak sposobu powstawania ich i zadawalania się prostą o nich wzmianką:

„Toutefois il résulte deja de l'appréciation des faits communiqués qu'il s'agit là d'une maladie nouvelle, qui

---

[1]) Virchow: *Gesammelte Abhandlungen*, str. 540.

[2]) Beckmann: *Virchows Archiv*, tom 13, str. 501.

[3]) Cohn: *Klinik der embol. Gefässkrankheit*, str. 546.

[4]) Kussmaul: *Würzb. mediz. Zeitschr.*, tom V, zeszyt 4 i 5 z r. 1864. *Zur Diagnose der Embolie der arteria mesent. sup.*

[5]) Pieper: *Mediz. Central-Zeitg.* l. 57, lipiec 1865.

[6]) Oppolzer: *Vorlesungen über spec. Pathol. u. Therapie*, str. 336—338.

[7]) Dr. H. Lebert: *Traité d'anatomie patologique et spéciale*, str. 206—208.

n'est pas très rare, et dont la connaissance exacte paraît cpendant être d'une très haute importance pratique, en même temps que l'anatomie y démontre une affection differente des maladies organiques tuberculeuses on cancéreuses différente des ulceres typhoides, dysentériques, inflammatoires, simples etc.— On y constate, d'un autre côté, une altération, qui présente quelque analogie aves l'ulcère chronique simple de l'estomac."

Lebert tego rodzaju wrzody nazywa wrzodami pojedynczemi, przewłocznemi jelit *(les ulcères simples chroniqucs de l'intestin)*.— Następstwa jakie po nich uważał, były przeważnie zwężenia w rozmaitych miejscach przewodu pokarmowego.

W nowszéj literaturze napotykamy rozprawę Ponficka [1]) o zatorze tętnicy krézkowéj górnéj. Przytacza on trzy przypadki odpowiadające obrazem swoim wyżéj opisanym; w dwóch pierwszych przyczyna bardzo widoczna i łatwa do wykazania, albowiem w zwłokach widoczną była sprawa zapalna śródsierdzia, jakkolwiek rozstrzygnienie ostateczne w 2gim przypadku co do kolejności rozwijania się zmian chorobowych i związku przyczynowego między niemi trudne.

Trzeci przypadek jest najpodobniejszy do wyżéj przytoczonych, albowiem w nim punktem wyjścia dla zmian były również zmiany miażdżycowe ścian aorty.

Materyał zatém nie skąpy świadczy o dość częstem wydarzaniu się takich zatorów z następowemi zmianami i prawdopodobnie przy zwróceniu uwagi na tego rodzaju przypadki stanie się jeszcze mniéj rzadkim.

Biorąc ten przedmiot ze stanowiska czysto patologiczno-anatomicznego, uważamy, że zmiany same w więk-

---

[1]) Dr. Ponfick: *Zur Casuistik der Embolie der art. mesent. sup.*, *Virchows Archiv fur path. Anat. u. Physiol. u. klin. Med.*, tom 50, str. 624—633.

széj liczbie przypadków nie dochodzą do wielkich rozmiarów, i ta to nieznaczność ich jest zapewne przyczyną, że aż dotąd tak mało zwracały na siebie uwagi. Mimo to zdarzają się niekiedy przypadki, gdzie obumarcie tkanin staje się rozleglejsze, zajmuje na wskróś grubość ścian jelita i szybkością powstania i rozwinięcia się i następnie wywołaniem zapalenia otrzewnéj staje się groźném, nie dozwalając organizmowi przetrwania wszystkich koniecznych kolejnych przeobrażeń. Te przypadki stanowią więcéj przejście od zatoru większych pni albo nawet samego głównego pnia tętnicy krézkowéj górnéj do zatoru małych gałązek albo do nadzianek krwawych niewielkich rozmiarów.

Zmiany niższego stopnia i mniejszych rozmiarów mogą przejść wszystkie następstwa konieczne przy eliminowaniu części, skutkiem zatoru we fizyologicznie odmiennych postawionych warunkach, aż do tych, gdzie przy oględzinach nie widać nic ze sprawy pierwotnie wywołanéj, lecz tylko jéj następstwa, a mianowicie zwężenie jelit jak w naszym pierwszym i kilku przez Leberta opisanych przypadkach.

Chcąc zużytkować materyał ten w celu klinicznym wypadałoby o ile możności przejść objawy za życia spostrzestrzegane i zestawić je z objawami, jakie towarzyszą sprawie zatorowéj tętnicy krézkowéj górnéj w całości.

Być może, że zestawienie to nie doprowadzi do ważnych wyników, raz z przyczyny rzadkości przypadków, powtóre z powodu małego nieraz rozwinięcia się chorobowych zmian, w każdym jednak razie być może, że przyczyni się do zwrócenia uwagi i tłumaczenia w niejednéj sprawie chorobowéj przewodu pokarmowego objawów w sposób zwyczajny zrozumieć się nie dających.

Objawy, jakie wywołuje zator tętnicy krézkowéj górnéj, nie są tak wybitne, aby z nich rozpoznanie choroby na pewne w każdym przypadku zrobić można

Sama liczba spostrzeganych przypadków jest dość małą, a nie w każdéj wszystkie objawy równoczesnie, wyraźnie występowały, tak że zupełnego obrazu choroby obecnie nakreślić jeszcze niepodobna. Mimo to między objawami są niektóre stale przydarzające się, a do nich należy: ból nagle powstający bardzo silny, rozchodzący się po całym brzuchu, a największy albo w miejscu uczepienia się krézek, albo w okolicy pępka; napady morzyska (*colica*) gwałtownego ze stolcami krwawemi i ropiastemi. Jeżeli do tych objawów dołączą się inne objawy zapalenia otrzewnéj i jeżeli indywiduum, u którego cała ta sprawa się odbywa, przebywa albo chorobę śródsierdzia ostrą lub podlega wadzie sercowéj, wtedy tylko rozpoznanie można zrobić więcéj stanowcze.

Przechodząc w naszych przypadkach, które w porównaniu z całkowitém zatkaniem pnia tętnicy krézkowéj górnéj są tylko miniaturą, musimy upatrywać również w tym kierunku jakich objawów, aby módz osądzić czy cierpienie to należy do rozpoznawalnych za życia, czy téż należy do chorób, których dostrzeżenie możebném jest tylko na stole sekcyjnym. — W drugim przypadku uderzają nas podobne objawy, z tą samą kolejnością w rozwijaniu się jak przytoczone przy zatorze tętnicy krézkowéj górnéj, z przypadami głównie zapalenia otrzewnéj, dla którego przyczyny trudno jednak było wynaleźć, a brak zboczeń wybitnych w sercu, nie pozwalał nawet pomyśleć o możebności zatoru. Z tego przypadku jednak, ponieważ w nim daleko więcéj przeważają objawy zgorzeliny ścian jelita z szybko dołączającém się zapaleniem otrzewnéj ostrém, a więc daleko bardziéj zbliżonego objawami do zatoru grubszych gałęzi tętnicy krézkowéj, wyprowadzać nie można wniosków.

Pozostałyby nam więc do zużytkowania tylko trzy ostatnie.

Jeżeli objawami wrzodów w przewodzie pokarmowym są: mniéj lub więcéj gwałtowne bóle pod postacią morzyska *(colica)* występujące; brzuch przy ucisku dotkliwy; częste rozwolnienie, a stolce przy tém obfite, rzadkie, zawierające krew albo tylko czerwonawo zabarwione, cuchnące; jeżeli objawy te występują po większéj części dopiero przy rozlicznych i rozległych owrzodzeniach przewodu pokarmowego, to bardzo łatwo możebném się staje, że przy małém ograniczeniu owrzodzeń, rozpoznanie ich jest niepodobném z przyczyny braku oddziaływania na nie ze strony organizmu. Przy wrzodach zatorowych mamy jeszcze te niekorzystne warunki, że z przyczyny rozległości i rozsiania zatorów po różnych narządach i z przyczyny, że zmiany takie w przewodzie pokarmowym daleko są mniéj ważne niż w innych narządach, a wreszcie z powodu zniesionéj lub znacznie zmniejszonéj percepcyi bądź to skutkiem gorączki, bądź to skutkiem upośledzenia sfery umysłowéj, objawy ze strony przewodu pokarmowego albo nikną wobec ważniejszych, albo też nie dochodzą do świadomości chorego.

Za tém jednak nie idzie, aby w każdym przypadku o możności — jeżeli nie rozpoznania — to przynajmniéj przypuszczenia, że się tego rodzaju zmiany wytworzyły, myśleć nie można było. Jeżeli bowiem u jakiego indywiduum cierpiącego na wadę sercową lub podlegającego sprawie miażdżycowéj ścian aorty, wystąpią równocześnie obok zboczeń czynnościowych lub objawów podmiotowych ze strony przewodu pokarmowego, objawy zatoru czy to w śledzionie czy w nérkach, czy gdzieindziéj w tętnicach, jeżeli na skórze pojawią się liczne, drobne punkta krwawe, bez tego aby indywiduum przebyło jaką chorobę, którąby za przyczynę powstania wynaczynionek uważać można; jeżeli się do tego dołączy znaczna gorączka nie dająca się wytłumaczyć ze stanu fizycznego narządów innych, to wnioskując ze zmian, jakie najbar-

dziéj uderzają na skórze, można z niejakiém prawdopodobieństwem przypuszczać powstanie zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym, mających swoją podstawę w sprawie zatorowéj tętnic.

Kończąc niniejszą rozprawkę mam sobie za miły obowiązek złożyć Wnemu Prof. Drowi Biesiadeckiemu najserdeczniejsze podziękowanie za ustąpienie mi odpowiedniego materyału i wspieranie Swą radą.

drój uderzenia na skórze, można z niejakiém prawdopodobieństwem przypuszczać powstanie zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym, mających swoją podstawę w sprawie zatorowéj tętnic.

Kończąc niniejszą rozprawkę, mam sobie za miły obowiązek złożyć Wnemu Prof. Drowi Korczyńskiemu najserdeczniejsze podziękowanie za udzielenie mi odpowiedniego materyału i wspieranie Swą radą.

